

## CHECKLIST PPP

Razão Social / Empregador:

CNPJ / CPF ou CEI:

CNAE da Empresa:

Nome do Representante Legal:

PIS/NIT do Representante Legal:

Nome do Empregado:

CPF:

PIS / NIT:

Data Nasc. do Empregado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CTPS / Série/ UF:

Função / Cargo:

Setor:

Nº da GFIP:

CBO da Função:

Data da Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da Demissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Listar todos os EPIs (Anotar apenas número do CA):

## CHECKLIST PPP

Descrição das atividades:

Teve Mudança de Função no período trabalhado?

SIM

NÃO

Teve CAT Registrada no período trabalhado?

SIM

NÃO

Nº da CAT:

Data da CAT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empresa deverá enviar este Checklist preenchido junto com o LTCAT / PGR atualizado

✉ [medicina@clinicaclimel.com.br](mailto:medicina@clinicaclimel.com.br)

Climele Medicina e Segurança do Trabalho LTDA

CNPJ: 36.042.620/0001-30

📍 Rua Aurora, 170, Glória, Vila Velha - ES, CEP 29122-280

📞 27 98144-6855

📞 27 3340-5525 | 27 3339-7907

✉ [medicina@clinicaclimel.com.br](mailto:medicina@clinicaclimel.com.br)

🕒 Horário de Atendimento: Segunda a Sexta de 7h às 12h e 13h às 16h